

# Riskbeteende och framtidstro bland nyanlända barn och ungdomar i Skåne

---

Peter Gladoić Håkansson

MILSA Working Paper Series 2019:3



**MILSA**



# Abstrakt

Vi vet sedan länge att det finns ett antal beteenden som påverkar individens hälsa på lång sikt. Bland dessa brukar rökning, alkoholbruk, narkotikaanvändning, fysisk inaktivitet samt dåliga matvanor räknas. Vi vet även sedan tidigare att det finns faktorer som kan öka eller minska sannolikheten att hamna i ett sådant beteende. Vad vi däremot har ganska lite kunskap om är huruvida ungdomars traumatiska upplevelser som en flykt innebär, ökar sannolikheten att hamna i ett riskbeteende, samt hur dessa nyanlända ungdomar står rustade med risk- och skyddsfaktorer.

Syftet med detta working paper är dels att skatta riskbeteenden utifrån ett antal risk- och skyddsfaktorer, dels att jämföra dessa beteenden och faktorer mellan nyanlända ungdomar och ungdomar som är inrikesfödda och utrikesfödda. Resultaten visar att de nyanlända ungdomarna använder mindre alkohol än inrikes- och utrikesfödda ungdomar, men har sämre matvanor och motionerar i betydligt lägre omfattning. När det gäller rökning och narkotika finns inga signifikanta skillnader. När det gäller risk- och skyddsfaktorer är de nyanlända ungdomarna sämre rustade. De bor oftare utan föräldrar, de bor trängre, de har färre vänner att anförtro sig till, de finner oftare det svårt att vända sig till en vuxen med sina problem och de har mer sällan varit med i någon förening. Däremot ser de lika ljusst på framtiden som de inrikesfödda och utrikesfödda ungdomarna.

Key words: riskbeteende, riskfaktorer, skyddsfaktorer, framtidstro, nyanlända ungdomar.

# Inledning

Vi vet sedan länge att det finns ett antal beteenden som påverkar individens hälsa på lång sikt. Bland dessa brukar rökning, alkoholbruk, narkotikaanvändning, fysisk inaktivitet samt dåliga matvanor räknas (se bl.a. Statens folkhälsoinstitut, 2013). Vad är det då som gör att vissa hamnar i dessa beteenden och andra inte? En riskfaktor är en bestämningsfaktor som ökar risken för individen att hamna i ett riskbeteende. Det finns även faktorer som minskar risken att hamna i ett riskbeteende. De brukar kallas för skyddsfaktorer.

För ungdomar som varit på flykt är det av särskild vikt att studera riskfaktorer och riskbeteenden. Det finns mycket forskning som lyfter fram betydelsen av traumatiska händelser i hemlandet innan flykten, men även den sociala miljön i det nya landet, och dess betydelse på både den fysiska såväl som den psykiska hälsan (Anjum et al, 2012). Däremot vet vi relativt lite om hur dessa faktorer interagerar när det gäller ungdomar.

Ofta lyfts sociala faktorer fram som risk- och skyddsfaktorer. Generellt lyfts sociala bestämningsfaktorer fram allt mer inom folkhälsoforskning för att förklara ohälsa (se bl.a. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health 2008). Även Malmökommissionen lyfte fram hälsans sociala dimension och vikten av att påverka de sociala bestämningsfaktorerna för att minska ojämlikheter i hälsa (Stigendahl & Östergren, 2013).

Syftet med detta working paper är att 1) skatta riskbeteenden utifrån ett antal risk- och skyddsfaktorer och 2) jämföra dessa beteenden och faktorer mellan nyanlända ungdomar och ungdomar som är inrikesfödda och utrikesfödda (men funnits i Sverige betydligt längre). För detta använder vi oss av kvantitativa data från MILSA-enkäten som vi jämför med Region Skånes Folkhälsoenkät 2016. De forskningsfrågor som vi ämnar ta reda på är:

- Vilka risk- och skyddsfaktorer samvarierar med riskbeteendena rökning, alkoholkonsumtion, narkotikakonsumtion, dåliga matvanor samt fysisk inaktivitet?
- På vilket sätt skiljer sig nyanländas riskbeteende mot inrikesfödda och utrikesfödda med längre vistelse i landet?
- På vilket sätt skiljer sig nyanländas risk- och skyddsfaktorer mot inrikesfödda och utrikesfödda med längre vistelse i landet?
- På vilket sätt samvarierar framtidstro med riskbeteende?

De riskbeteenden som vi valt att behandla i denna studie är rökning, alkoholkonsumtion, narkotikakonsumtion, dåliga matvanor samt fysisk inaktivitet. Det skulle naturligtvis kunna finnas fler riskbeteenden som hade varit intressanta att undersöka, men vi har varit begränsade till att använda de variabler som finns i MILSA-enkäten<sup>1</sup>. Ett beteende som hade varit intressant att studera hade varit sexuellt beteende, men denna fråga gick inte att använda

---

<sup>1</sup> För en mer ingående beskrivning av MILSA-enkäten, se Håkansson & Zdravković, 2019.

av olika anledningar. Angreppsättet ska ses som explorativt, dvs. det har inte funnits teoretiska eller empiriska belägg för att de riskbeteenden som undersöks skulle vara viktigare än andra (som inte undersöks). Däremot kan de riskbeteenden som undersöks motiveras av att det finns tidigare forskning som bekräftar att de har betydelse för individens framtida liv.

Papret är upplagd som så att den kommande sektionen redogör för tidigare studier om vad vi vet om riskbeteenden samt risk- och skyddsfaktorer. Vad vet vi egentligen om betydelsen av alkoholkonsumtion, rökning eller andra av de riskbeteenden som vi undersöker? Svaret på denna fråga visar varför det kan vara angeläget att undersöka just dessa riskbeteenden som vi valt ut. I denna sektion redogörs även för sambandet mellan riskbeteenden i förhållande till risk- och skyddsfaktorer. Därefter kommer vi att redogöra för metod och data. I sektionen därpå redogörs för våra resultat, dels i form av deskriptiv statistik där skillnaderna mellan de olika grupperna jämfört med hjälp av chi2-test, dels i form av regressionsanalys där respektive riskbeteende som vi definierar skattas utifrån en logit-modell med oddskvoter. Papret avslutas med slutsatser och diskussion.

## Riskbeteenden och riskfaktorer

### Vad vet vi om riskbeteenden?

Många levnadsvanor grundläggs under ungdomstiden. Riskbeteenden ur ett hälsoperspektiv är exempelvis dåliga matvanor, låg fysisk aktivitet, oskyddat sex och användning av alkohol, tobak och droger (Fridh et al. 2016; Socialstyrelsen 2013). Tidig alkoholdebut, hög alkoholkonsumtion och kopplingen till flera andra riskbeteenden bidrar sannolikt till negativa hälsoeffekter i vuxen ålder. En undersökning påvisade en fyra gånger större risk att de som börjar dricka alkohol vid 14 års ålder blir alkoholberoende jämfört med de som börjar dricka vid 20 år. För varje år som alkoholdebuten sköts upp minskade risken för framtida alkoholberoende med 14 procent (Hingson, Heeren, & Winter, 2006). En annan studie visar att de som börjar dricka tidigt har signifikant större risk att vara med om en trafikolycka, hamna i slagsmål eller skada sig på annat sätt (Hingson et al. 2009). Ännu en studie fann att ungdomar som drack alkohol i 13 års ålder i högre grad var alkoholberoende tio år senare och hade fler problem av social och kriminell karaktär, än de som drack lite eller inget alls under tonåren (Ellickson, Tucker, & Klein, 2003).

Rökningens skadliga effekter är väldokumenterade idag. Amerikanska hälsodepartementet räknar med att rökning leder till en förtidig död för 443 000 amerikaner varje år, vilket motsvara var femte avliden. Rökning leder till kroniska sjukdomar, som i sin tur leder till funktionshinder (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Rökning är särskilt problematisk om den påbörjas vid ung ålder. Hyland et al. (2004) visar att

sannolikheten att sluta röka är lägre för dem som är under 16 år när de börjar röka. Rökning leder inte bara till fysiska sjukdomar som kronisk bronkit, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), lungcancer, hjärt-kärlsjukdomar som hjärtinfarkt och stroke och sämre reproduktiv hälsa utan påverkar även den mentala hälsan. Dube et al. (2019) har studerat rökningens påverkan på fysisk och psykisk hälsa för olika åldersgrupper. Rökare är generellt sett sjukare än icke-rökare, men rökares fysiska hälsa försämras mer över åldrandet än icke-rökares hälsa. En rökare 18–24 år har 3,0 sjukdagar, jämfört med en icke-rökare i samma åldersspann som har 1,83 sjukdagar. En rökare 55–64 år har 6,86 dagar jämfört med en icke-rökare som har 4,12. När det gäller den psykiska ohälsan drabbar den i större utsträckning unga rökare. Rökare i den yngre åldersgruppen har 8,28 sjukdagar (icke-rökare 4,02) och rökare 55–64 år har 5,51 dagar (icke-rökare 2,86).

När det gäller narkotika finns givetvis den uppenbara risken att brukaren dör i en överdos. Det finns även ett stort antal studier som visar att det finns ett samband mellan narkotikaanvändning (och alkoholanvändning) och våld i nära relationer. Smith et al. (2012) visar att alkohol- och kokainmissbrukare har en signifikant större sannolikhet att vara gärningspersoner, och de som missbrukar cannabis och opiater har större sannolikhet att vara offer.

Den vanligaste formen av narkotika i Sverige idag är hasch/marijuana (cannabis). Folkhälsorapporten 2016 visar att bland skånska ungdomar var andelen som använt hasch/marijuana större än alla andra preparat tillsammans (Fridh et al. 2016). Det finns således en risk att cannabis har en större acceptans. Dock finns flera hälsorisker med cannabis med både långsiktiga och kortsiktiga effekter. På kort sikt förändras sinnesintryck, tidsuppfattning, humörsvängningar, problemlösningsförmågan, korttidsminnet. Dessutom finns det risk för hallucinationer, vanföreställningar och psykoser. När det gäller lång sikt påverkar cannabis hjärnans utveckling. Minnet och lärandet påverkas, vilket naturligtvis blir extra allvarligt om användaren är ung (National Institute on Drug Abuse, 2019).

Sunda matvanor kan mätas och definieras på många olika sätt. Ett sätt (som valt i denna studie) är att fråga respondenterna huruvida de äter frukost, lunch och kvällsmat. Det finns mycket forskning som visar frukostens goda effekter. Forskning visar att det finns ett positivt samband mellan att äta frukost och näringskvalitet, då frukosten bidrar med en högre andel mikronäringsämnen. Det finns även en koppling mellan frukost och skolprestation, psyko-social funktion, kognition, en hälsosam livsstil och lägre BMI (Affenito, 2007).

Det skulle möjligen kunna tänkas att den som hoppar över någon måltid skulle kompensera detta med frukt och grönsaker. Pedersen et al. (2012) visar att detta åtminstone inte gäller för ungdomar. De studerade 11, 13 och 15-åringar i Danmark från en enkätbaserad, tvärsektoriell undersökning. Deras resultat visar att de som slarvar med måltiderna äter *mindre* frukt och grönsaker än de som regelbundet äter frukost, lunch och kvällsmat. Sjöberg et al. (2003) studerade sambandet mellan matvanor och näringsintag, samt andra livstilsval bland ungdomar 15–16 år. De fann att oregelbundna måltider ökade

riskerna för ohälsosamma livsstilsval, som t.ex. rökning, men även att de åt mer ohälsosamt mellan måltiderna ("snacks"), samt hade ett lägre intag av mikronäringsämnen.

Det finns omfattande forskning som visar på den positiva effekt som motion har på hälsan generellt och dess negativa samband med fetma (se t.ex. Craigie et al. 2011; Janssen & LeBlanc 2010). Motion påverkar även hjärnans utveckling och kognition. Herting & Chu (2017) menar att det finns ett stort antal studier som visar att motion och fysisk aktivitet har en positiv påverkan på skolprestation, kognitiv funktion, hjärnans struktur och hjärnaktiviteten under tonåren. För ungdomar har motion dels en omedelbar effekt, dels en långsiktig effekt, dvs att motion under ungdomsåren får betydelse senare, i deras vuxna liv. Ekblom-Bak et al. (2018) visar i en studie att motion före 20 års ålder (både i form av skolidrott och sport på fritiden) har stor betydelse senare i livet vad gäller förbättrad allmän hälsa, lägre risk för fetma, lägre risk för högt blodtryck, förbättrad syreupptagningsförmåga och högre sannolikhet att motionera även i vuxen ålder.

Sammantaget kan sägas att det finns en mängd goda argument för att studera de riskbeteenden som valts. Samtliga av dessa beteenden påverkar ungdomarna senare i livet och kommer att påverka både hälsa och livsval.

## **Risk- och skyddsfaktorer**

Det är dock viktigt att skilja mellan riskfaktorer och riskbeteende. Riskfaktorer är de bestämningsfaktorer som ökar risken för ohälsa, problem eller riskbeteenden. En riskfaktor för ett visst beteende är nödvändigtvis inte detsamma som en orsak till beteendet. En riskfaktor är en egenskap, en händelse, ett förhållande eller en process, alltså någonting som ökar sannolikheten eller risken för ett visst utfall. Dessa riskfaktorer kan vara faktorer på individnivå (t.ex. temperament och personlighet), på familjenivå (t.ex. familjestruktur, våld i hemmet) eller i närsamhället (t.ex. socialt kapital, brister i skolmiljön) (Andershed & Andershed, 2005). Det är viktigt att så tidigt som möjligt fånga upp de barn och unga som är på väg in i, eller riskerar, ett negativt beteende och där man kan se att det finns riskfaktorer som bidrar till detta.

Motsatsen till riskfaktorer är skyddsfaktorer eller protektiva faktorer. En sådan faktor ökar sannolikheten för ett positivt utfall. Det betyder att sannolikheten till ett negativt hälsoutfall minskar när det finns skyddsfaktorer och ökar när dessa saknas (Statens folkhälsoinstitut, 2013). Skyddsfaktorer kan fungera på olika sätt, men ett sätt är att förhindra att riskförhållanden utvecklas. Framtidstro och optimism kan vara en sådan skyddsfaktor. Exempel på andra faktorer är social kompetens och nära relationer till andra (Andershed & Andershed 2005).

Ett annat begrepp som är nära kopplat till skyddsfaktorer är begreppet resilience. Med resilience menas den process som finns hos personer som mot alla odds trots allt klarar sig bra. Dessa personer är utsatta för riskfaktorer,

men har skyddsfaktorer på ett personligt plan som gör att de klarar sig bra. I Sverige brukar vi kalla dessa personer för maskrosbarn (Andershed & Andershed, 2005; Luthar, Cicchetti & Becker 2000).

Studien kommer att arbeta med den taxonomi som Andershed & Andershed (2005) samt Statens folkhälsoinstitut (2013) använder i form av riskfaktorer och skyddsfaktorer. Vi kommer i det följande att definiera och skatta dessa begrepp. Begreppen hänger samman med begreppen socialt kapital och framtidstro, men för att skatta risk- och skyddsfaktorer kommer vi även att använda andra variabler.

## Metod och data

För att kunna skatta riskbeteenden kommer vi att använda två typer av variabler: 1) Respondentens personliga karaktäristik (t.ex. kön och ålder), 2) risk- och skyddsfaktorer (t.ex. om respondenten bor med båda sina föräldrar, har en vän eller vuxna att tala med och framtidstro).

### Data

MILSA-enkäten samlades in med hjälp av kontaktpersoner i kommunerna våren och sensommaren 2018 av Enkätfabriken.<sup>2</sup> Till största del användes samma frågor som Region Skånes Folkhälsoenkät till barn och ungdomar 2016. Enkäten var översatt till arabiska, dari och pashto, men det gavs även möjlighet att besvara enkäten på svenska. Det var 44 procent av respondenterna som besvarade enkäten på arabiska, 34 procent på svenska, 21 procent på dari, men under två procent (fyra personer) som besvarade den på pashto. Som referensgrupp till MILSA-enkäten användes Region Skånes Folkhälsoenkät till barn och ungdomar 2016. I Folkhälsoenkäten finns en fråga: ”Var är du född?”. Denna uppgift har använts för att konstruera två grupper: Svenskfödda (inrikesfödda) och utrikesfödda. Bland de utrikesfödda finns både personer från norden, Europa och utanför Europa.

### Personlig karaktäristik

För att kunna skatta riskbeteenden kommer vi även att använda respondenternas personliga karaktäristik. Tabell 1 visar hur dessa variabler fördelar sig mellan de tre grupperna.<sup>3</sup> Variabeln sex (biologiskt kön) är dikotomiserad (män=0, kvinnor=1), vilket betyder att medelvärdet 0,507 visar att det i grupp 1 finns 50,7 procent kvinnor och 49,7 procent män ( $1 - 0,507 = 0,497$ ). Som tabellen visar är andelen kvinnor lägre i grupperna 2 och 3. Åldern är satt till 14–20 år och åldrar över och under denna gräns har rensats ur. Tabell 2 visar att andelen respondenter i de högre och lägre åldrarna är relativt litet.

---

<sup>2</sup> För en mer omfattande beskrivning av metod, urval och insamling av MILSA-enkäten se Håkansson & Zdravković (2019).

<sup>3</sup> En fullständig variabelista med variabelbeskrivningar finns i bilaga 1.

Tabell 1: Personlig karaktäristik och dess fördelning i de tre grupperna

		<i>sex</i>	<i>age</i>	<i>p_utb</i>	<i>m_utb</i>
Grupp1: Inrikesfödda	Medelvärde	0,507	16,090	0,479	0,598
	Antal	11 848	11 885	11 586	11 702
	Max	1	20	1	1
	Min	0	14	0	0
Grupp2: Utrikesfödda	Medelvärde	0,491	16,376	0,473	0,511
	Antal	2 021	2 031	1 946	1 984
	Max	1	20	1	1
	Min	0	14	0	0
Grupp3: MILSA	Medelvärde	0,479	17,066	0,327	0,298
	Antal	211	212	205	205
	Max	1	20	1	1
	Min	0	14	0	0

Tabell2: Åldersfördelning i de tre grupperna

<i>Hur gammal är du nu?</i>	<i>Grupp1</i>	<i>Grupp2</i>	<i>Grupp3</i>	<i>Total</i>
14	60	12	4	76
	0,5	0,59	1,89	0,54
15	5 463	764	23	6 250
	45,97	37,62	10,85	44,24
16	874	369	39	1 282
	7,35	18,17	18,4	9,07
17	4 470	456	65	4 991
	37,61	22,45	30,66	35,33
18	895	257	55	1 207
	7,53	12,65	25,94	8,54
19	101	111	22	234
	0,85	5,47	10,38	1,66
20	22	62	4	88
	0,19	3,05	1,89	0,62
Total	11 885	2 031	212	14 128
	100,0	100,0	100,0	100,0

När det gäller föräldrarnas utbildning har mammorna, vad gäller inrikesfödda, högre utbildning än papporna. Skillnaden är mindre när det gäller de utrikesfödda, medan vad gäller MILSA-ungdomarna har papporna högre utbildningsnivå än mammorna. Föräldrarnas utbildningsnivå är generellt betydligt lägre när det gäller MILSA-ungdomarna än vad gäller framförallt inrikesfödda, men även utrikesfödda.



## Metod

Vi kommer här att skatta sannolikheten för olika riskbeteenden. Vi har dikotomiserat dessa variabler (dvs. antingen har man ett riskbeteende eller inte) och kan därför använda en logistisk modell med oddskvoter.

Oddskvoterna talar om det ökade oddset (värden  $>1$ ) eller minskade oddset (värden  $<1$ ) för riskbeteendet för respektive förklaringsvariabel. Vi kommer dock att börja med att redovisa variablerna deskriptivt.

## Resultat

### Deskriptiv redogörelse: Riskbeteenden

Ett riskbeteende är alltså ett beteende som kan anses leda till sämre hälsa. De riskbeteenden som vi kommer att skatta här är: Rökning (cigaretter), alkoholkonsumtion, narkotikakonsumtion, matvanor och motion.<sup>4</sup> Som variabellistan i bilaga 1 visar är samtliga riskbeteendevariabler dikotomiserade. Det betyder att de kan anta värdena *inget riskbeteende* eller *riskbeteende*. Att röka, dricka alkohol, använda narkotika, inte äta frukost, inte äta lunch, inte äta kvällsmat och inte motionera är riskbeteenden. Detta är givetvis en förenkling av verkligheten, men det underlättar framställningen. Dessutom leder inte en mer finmaskig indelning till skillnader i resultatet.

Tabell 3: Riskbeteenden

<b>Inrikesfödda</b>								
	smoke	alk	ung_alk	nark	frukost	lunch	kvällsmat	motion
mean	0,175	0,367	0,206	0,095	0,754	0,892	0,932	0,790
N	11 414	11 467	6 192	11 327	11 543	11 484	11 482	11 679
<b>Utrikesfödda</b>								
	smoke	alk	ung_alk	nark	frukost	lunch	kvällsmat	motion
mean	0,165	0,219	0,134	0,099	0,644	0,892	0,836	0,733
N	1 855	1 851	1 041	1 801	1 864	1 845	1 842	1 923
<b>MILSA</b>								
	smoke	alk	ung_alk	nark	frukost	lunch	kvällsmat	motion
mean	0,191	0,058	0,015	0,053	0,631	0,873	0,731	0,686
N	209	208	66	207	203	204	201	210
Pearson chi2	1,5665	230,2229	42,8294	4,53	112,5885	0,8294	279,3041	42,4999
Pr	0,457	0,000	0,000	0,104	0,000	0,661	0,000	0,000

<sup>4</sup> För en tydligare specifikation av variablerna, se bilaga 1.

Som Tabell 3 visar finns det skillnader mellan grupperna vad gäller vissa riskbeteenden, men inte vad gäller andra. När det gäller rökning, så röker mellan 17,5 procent och 19 procent av ungdomarna och det finns ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Däremot finns det stora skillnader när det gäller alkohol. Bland de inrikesfödda uppger 37 procent att de druckit alkohol mer än 5 gånger det senaste 12 månaderna. Motsvarande andel för de utrikesfödda är 22 procent och för MILSA-ungdomarna endast 6 procent. När det gäller ungdomar under 17 år (dvs. 14–16 år) är det 21 procent av de inrikesfödda, men endast 1,5 procent (dvs. en respondent) av MILSA-ungdomarna som svarat att de druckit alkohol mer än 5 gånger de senaste 12 månaderna. Pearsons chi<sup>2</sup>-test visar således att det finns signifikanta skillnader mellan grupperna. När det gäller narkotika säger visserligen färre av MILSA-ungdomarna att de provat narkotika, men Pearsons chi<sup>2</sup>-test visar inte på någon signifikant skillnad mellan de tre grupperna. Däremot finns det en svag signifikant skillnad mellan MILSA-ungdomarna och de andra två grupperna då dessa slås ihop till en grupp (Pr = 0,038).

Vad gäller matvanor visar Tabell 3 att en lägre andel utrikesfödda och MILSA-ungdomar äter frukost än inrikesfödda. När det gäller lunch finns det inga signifikanta skillnader, men när det gäller kvällsmat äter 93 procent av de inrikesfödda kvällsmat, men endast 73 procent av MILSA-ungdomarna. För de utrikesfödda är andelen 83 procent. Skillnaden är signifikant säkerställd. Samma tendens som med kvällsmaten finns när det gäller motion. Högst andel som motionerar finns bland de inrikesfödda, därefter kommer de utrikesfödda och lägst andel finns bland MILSA-ungdomarna.

### **Deskriptiv redogörelse: Risk- och skyddsfaktorer**

Risk-och skyddsfaktorer är de faktorer som bidrar till respektive skyddar från riskbeteenden. Givetvis är det inte givet att en person ska uppvisa riskbeteenden om riskfaktorer finns, utan dessa faktorer ger en ökad sannolikhet. Vi kommer i nästa avsnitt att skatta dessa sannolikheter. Utifrån de variabler som vi haft tillgång till har vi bestämt ett antal risk- och skyddsfaktorer. Tabellerna 4a-4f presenterar dessa sex risk- och skyddsfaktorer fördelade på de tre grupper som vi jämför.

Tabell 4a: Risk- och skyddsfaktorer: Hur bor du? Med båda föräldrarna, med en förälder, själv/utan föräldrar.

	<b>Inrikesfödda</b>	<b>Utrikesfödda</b>	<b>MILSA</b>	<b>Totalt</b>
Båda föräldrarna	7 764	1 231	115	9 110
	65,51%	61,09%	54,50%	64,72%
En förälder	3 919	645	37	4 601
	33,07%	32,01%	17,54%	32,68%
Utan föräldrar	168	139	59	366
	1,42%	6,90%	27,96%	2,60%
Totalt	11 851	2 015	211	14 077
	100%	100%	100%	100%
Pearson chi2(4) = 753,2079 Pr = 0,000				

Tabell 4b: Risk- och skyddsfaktorer: Trångboddhet, rum per person

	<b>Inrikesfödda</b>	<b>Utrikesfödda</b>	<b>MILSA</b>	<b>Totalt</b>
<0,5 rum/pers	289	265	93	647
	2,43%	13,05%	43,87%	4,58%
0,5-1 rum/pers	3 203	1 093	90	4 386
	26,95%	53,82%	42,45%	31,04%
>1 rum/pers	8 393	673	29	9 095
	70,62%	33,14%	13,68%	64,38%
Totalt	11 885	2 031	212	14 128
	100%	100%	100%	100%
Pearson chi2(4) = 2,0e+03 Pr = 0,000				

Tabell 4c: Risk- och skyddsfaktorer: Har du just nu någon riktigt nära vän som du kan prata förtroligt med om nästan allting?

	<b>Inrikesfödda</b>	<b>Utrikesfödda</b>	<b>MILSA</b>	<b>Totalt</b>
Har inga nära vänner	702	245	77	1 024
	5,96%	12,27%	36,67%	7,32%
Har en nära vän	2 151	470	65	2 686
	18,27%	23,55%	30,95%	19,21%
Har två nära vänner	2 503	451	27	2 981
	21,26%	22,60%	12,86%	21,32%
Har flera nära vänner	6 419	830	41	7 290
	54,51%	41,58%	19,52%	52,14%
Totalt	11 775	1 996	210	13 981
	100%	100%	100%	100%
Pearson chi2(6) = 490,3737 Pr = 0,000				

Tabell 4d: Risk- och skyddsfaktorer: Om du får problem eller bara skulle vilja prata med någon, hur lätt eller svårt tycker du då det är att vända sig till: Föräldrar, lärare, personal inom elevhälsan etc.

	<b>Inrikesfödda</b>	<b>Utrikesfödda</b>	<b>MILSA</b>	<b>Totalt</b>
Ingen att prata med	1 091	232	31	1 354
	10,22%	13,91%	18,02%	10,82%
Någon att prata med	9 582	1 436	141	11 159
	89,78%	86,09%	81,98%	89,18%
Total	10 673	1 668	172	12 513
	100%	100%	100%	100%
Pearson chi2(2) = 29,6949 Pr = 0,000				

Tabell 4e: Risk- och skyddsfaktorer: Har du under de senaste 12 månaderna varit med i någon förening?

	<b>Inrikesfödda</b>	<b>Utrikesfödda</b>	<b>MILSA</b>	<b>Totalt</b>
Nej	4 471	919	150	5 540
	39,20%	49,86%	73,53%	41,18%
Ja	6 935	924	54	7 913
	60,80%	50,14%	26,47%	58,82%
Totalt	11 406	1 843	204	13 453
	100%	100%	100%	100%
Pearson chi2(2) = 164,0046 Pr = 0,000				

Tabell 4f: Risk- och skyddsfaktorer: Hur ser du på framtiden för din personliga del??

	<b>Inrikesfödda</b>	<b>Utrikesfödda</b>	<b>MILSA</b>	<b>Totalt</b>
Mycket ljus eller ganska ljus	8 444	1 26	151	9 855
	77,22%	75,18%	74,02%	76,90%
Varken eller	1 979	329	42	2 350
	18,10%	19,63%	20,59%	18,34%
Ganska mörkt eller mycket mörkt	512	87	11	610
	4,68%	5,19%	5,39%	4,76%
Total	10 935	1 676	204	12 815
	100%	100%	100%	100%
Pearson chi2(4) = 4,4082 Pr = 0,354				

Tabell 4a visar huruvida respondenterna bor med båda sina föräldrar, en av föräldrarna (olika alternativ fanns här: lika mycket med båda, mer med en eller uteslutande med en), eller utan föräldrar (själv eller på HVB-hem eller liknande). Bland MILSA-ungdomarna bor en stor andel utan föräldrar. Denna grupp är marginell bland de inrikesfödda.

När det gäller trångboddhet visar Tabell 4b att en hög andel av MILSA-ungdomarna bor på 0,5 rum per person eller mindre. Denna andel är

försvinnande liten bland de inrikesfödda, men något högre bland de utrikesfödda.

Även när det gäller nära vänner eller vuxna att prata med skiljer MILSA-ungdomarna ut sig. På frågan om de har någon nära vän att prata med (Tabell 4c) svarar mer än en tredjedel att de inte har några nära vänner. Motsvarande andel bland de inrikesfödda är knappt 6 procent.

I enkäten ställdes en fråga "Om du får problem eller bara skulle vilja prata med någon, hur lätt eller svårt tycker du då det är att vända sig till: Föräldrar eller de vuxna du bor hos, lärare, personal inom elevhälsan på skolan, t ex skolsköterskan/kuratorn, annan vuxen i skolan, annan vuxen utanför skolan, kamrater, syskon (om du har några)". Respondenten kunde välja mellan alternativen: Mycket svårt, ganska svårt, varken eller, mycket lätt eller ganska lätt. Vi har dikotomiserat svaren till mycket svårt, ganska svårt och varken eller, samt mycket lätt och ganska lätt. De som tycker att samtliga uppräknade personerna att vända sig till är mycket svårt, ganska svårt och varken eller, den gruppen kallar vi "Ingen att prata med". Bland MILSA-ungdomarna var denna grupp 18 procent, bland de inrikesfödda var denna grupp 10 procent (se Tabell 4d).

Tabell 4e visar huruvida respondenterna varit med i någon förening de senaste 12 månaderna eller ej. Även här finns en stor skillnad mellan inrikesfödda, utrikesfödda och MILSA-ungdomarna. Bland de inrikesfödda hade över 60 procent varit medlem i någon förening. Motsvarande siffra för MILSA-ungdomarna var 26 procent och för de utrikesfödda 50 procent.

Det är endast när det gäller synen på framtiden (Tabell 4f) som de tre grupperna inte skiljer sig åt. En stor andel både av de inrikesfödda (77 procent), utrikesfödda (75 procent) och MILSA-ungdomarna (74 procent) ser framtiden som mycket ljus eller ganska ljus.

Sammanfattningsvis kan sägas att MILSA-ungdomarna, men även delvis de utrikesfödda har sämre förutsättningar på samtliga faktorer utom framtidstro. När det gäller framtidstro finns det ingen signifikant skillnad mellan de tre grupperna.

## Skattad modell

Som tidigare beskrivits kommer vi i det följande att skatta en modell för att beräkna vilken betydelse de olika risk- och skyddsfaktorerna har på riskbeteenden. Den modell som ska skattas har följande utseende:

$$\text{Riskbeteende}_i = f(\text{Personlig karaktäristik}_i, \text{riskfaktorer}_i, \text{skyddsfaktorer}_i)$$

Fördelen med att skatta en modell på det här sättet är att de olika variablerna skattas simultant. Det betyder att vi kan få reda på den ökade eller minskade sannolikheten att MILSA-ungdomarna har ett riskbeteende *givet* alla de andra faktorerna.

Som tidigare beskrivits används en logistisk modell med oddskvoter där beroende variabeln antagit ett dikotomiserat värde (dvs. variabeln kan anta

antingen 0 eller 1). En ”etta” innebär i samtliga fall att respondenten har beteendet (dvs. röker, dricker alkohol, använder narkotika, äter frukost, äter lunch, äter kvällsmat, motionerar). Beteendet kan, som synes, antingen vara ”negativt” eller ”positivt”. Tabell 5 visar resultat för de fyra beteenden där förekomst av beteendet är ett riskbeteende. Tabell 6 visar resultat där avsaknad av beteendet är ett riskbeteende. Tabellerna visar oddskvoterna och de visar dem i relation till ett referensvärde. I de dikotomiserade värdena (t.ex. för könsvariabeln ”sex”) jämförs ”ettorna” utifrån ”nollorna”. Det betyder t.ex. att kvinnor har 37,6 procent lägre sannolikhet att använda narkotika än män.

De skattade resultaten i Tabell 5 visar att ålder ökar sannolikheten för alla de fyra riskbeteendena. När det t.ex. gäller alkohol ökar sannolikheten att tillhöra riskgruppen med åldern. När det gäller alkohol och de tre grupperna inrikesfödda, utrikesfödda och MILSA har MILSA-ungdomarna en 87 procent lägre sannolikhet att tillhöra riskgruppen, utrikesfödda har ca 40 procent lägre sannolikhet. Tabell 5 visar även att föräldrarnas utbildning inte signifikant samvarierar med sannolikheten att ha ett riskbeteende.

Tabell 5: Skattad modell med oddskvoter. Riskbeteende vid aktivitet.

Riskbeteende	smoke	alk	ung_alk	nark
<i>Pers karaktäristik</i>				
sex	1,057	1,116*	1,117	0,624***
age	1,470***	1,921***	1,572***	1,469***
2.grupp	0,800*	0,558***	0,734**	0,922
3.grupp	0,851	0,130***	0,097*	0,299**
p_utb	0,874*	0,889*	0,864	1,039
m_utb	0,9687	1,114*	1,018	1,038
<i>riskfaktorer</i>				
2.bor_hos	1,740***	1,471***	1,618***	1,864***
3.bor_hos	2,110***	1,117	1,351	2,684***
2.rum_pers	1,008	2,062***	2,412**	1,020
3.rum_pers	1,163	3,607***	3,499***	1,177
<i>skyddsfaktorer</i>				
2.vän	1,405*	1,261*	0,978	1,430*
3.vän	1,986***	1,900***	1,566**	1,832***
4.vän	2,040***	2,524***	1,906***	1,650**
prata_dik	0,748***	1,040	0,978	0,729**
för	0,674***	1,023	0,841*	0,782***
2.framtid	1,488***	1,377***	1,581***	1,632***
3.framtid	2,284***	1,702***	2,083***	2,906***
constant	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***
PseudoR2	0,072	0,131	0,045	0,078
Numb_of_obs	10748	10784	5807	10762

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

När det gäller risk- och skyddsfaktorer finns ett blandat resultat. Ungdomar som bor med ensamstående föräldrar har större sannolikhet att hamna i ett riskbeteende än ungdomar som bor med båda sina föräldrar. Ungdomar som bor utan någon av sina föräldrar har större sannolikhet att röka och nästa 3 gånger större sannolikhet att prova narkotika än ungdomar som bor med båda föräldrarna. Däremot finns ingen signifikant skillnad mellan ungdomar som bor själv och ungdomar som bor med båda sina föräldrar när det gäller alkoholanvändning.

När det gäller trångboddhet framkommer vid en första anblick lite märkliga resultat. Ungdomar som bor större har större sannolikhet att använda alkohol än ungdomar som bor trångt. Det finns dock inga signifikanta skillnader när det gäller rökning och narkotika.

Även skyddsfaktorn ”vän” ger till synes märkliga resultat. Det visar sig att de som har många vänner har större sannolikhet att både röka, använda alkohol och använda narkotika, än de som säger att de inte har någon vän. Däremot gäller delvis det omvända för att prata med någon vuxen. Den som har någon vuxen att prata med när problem uppkommer har lägre sannolikhet att röka och använda narkotika. För alkohol finns ingen signifikant skillnad. Även föreningsliv minskar sannolikheten att röka och använda narkotika. Framtidstro är en faktor som har stor betydelse för samtliga riskbeteenden. De som säger sig ha en mörk syn på framtiden har tre gånger högre sannolikhet att använda narkotika än de som har en ljus syn på framtiden.

Tabell 6 visar riskbeteenden vid avsaknad av undersökt aktivitet. Det gäller matvanor, som att inte äta frukost, lunch eller kvällsmat, eller att inte motionera.

Tabell 6: Skattad modell med oddskvoter. Riskbeteende vid *avsaknad* av aktivitet

<b>Riskbeteende</b>	<b>frukost</b>	<b>lunch</b>	<b>kvällsmat</b>	<b>motion</b>
<i>Pers</i>				
<i>karaktäristik</i>				
sex	0,798***	0,723***	0,699***	0,783***
age	0,920***	1,025	0,951	0,936**
2.grupp	0,801**	1,243*	0,504***	0,937
3.grupp	0,844	1,246	0,361***	1,325
p_utb	1,285***	1,213*	1,048	1,218**
m_utb	1,284***	1,283***	1,226*	1,188**
<i>riskfaktorer</i>				
2.bor_hos	0,648***	0,665***	0,813**	0,740***
3.bor_hos	0,862	0,487***	0,767	1,105
2.rum_pers	1,315*	0,906	1,875***	1,084
3.rum_pers	1,800***	0,947	2,434***	1,324*
<i>skyddsfaktorer</i>				
2.vän	1,056	1,051	1,06	1,124
3.vän	1,115	1,072	1,28	1,423***
4.vän	1,056	1,374*	1,333*	1,661***
prata_dik	1,457***	1,322**	1,434***	1,184*
för	1,441***	1,515***	1,208*	4,874***
2.framtid	0,608***	0,605***	0,682***	0,602***
3.framtid	0,410***	0,322***	0,564***	0,487***
constant	4,869***	4,403**	10,106***	3,089**
PseudoR2	0,065	0,06	0,062	0,148
Numb_of_obs	10 834	10 794	10 791	10 827

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Till skillnad från de tidigare beteendena rökning, alkohol och narkotika, finns det i dessa beteenden en tydlig könsaspekt. Kvinnor hoppar oftare över frukost, lunch och kvällsmat än män. De motionerar även mer sällan. När det gäller åldersvariabeln visar den att äldre ungdomar oftare hoppar över frukosten. Lunch och kvällsmat är däremot inte signifikant.

Som vi såg när vi tittade på riskfaktorerna isolerat (utan hänsyn till andra risk- och skyddsfaktorer) fanns det en signifikant skillnad mellan inrikesfödda, utrikesfödda och MILSA-ungdomar när det gällde frukosten. När vi nu tar hänsyn till andra faktorer försvinner delvis den signifikanta skillnaden mellan grupperna. MILSA-ungdomarna skiljer sig inte längre från de inrikesfödda när det gäller att äta frukost. Det beror på att andra variabler tar över. Det gäller föräldrarnas utbildning, där sannolikheten att äta frukost ökar med nästan 30 procent om föräldrarna har universitets- eller högskoleutbildning. Som vi såg tidigare är andelen högutbildade föräldrar högre bland inrikesfödda. Vidare ökar sannolikheten att äta frukost med 80 procent om respondenten bor rymligt och de inrikesfödda bor mer rymligt än MILSA-ungdomarna. Även



faktorerna att ha en vuxen att prata med samt föreningsaktivitet ökar sannolikheten att äta frukost, i båda dessa faktorer vet vi att MILSA-ungdomarna har lägre värden. För att sammanfatta: Givet dessa faktorer där inrikesfödda har högre värden än MILSA-ungdomarna, finns det ingen skillnad i frukostätandet. De inrikesfödda "ska" vara bättre på att äta frukost för de har helt enkelt bättre förutsättningar.

När det gäller lunch såg vi i den deskriptiva analysen att det inte fanns några skillnader mellan grupperna och det finns inte heller här. Riskfaktorerna går i lite olika riktningar. De som bor själv eller med en förälder är sämre på att äta lunch. De som är med i en förening är bättre på att äta lunch.

När det gäller kvällsmat kvarstår den signifikanta skillnad mellan grupperna som vi såg i den deskriptiva analysen. Utrikesfödda och MILSA-ungdomarna äter mer sällan kvällsmat än de inrikesfödda, och denna skillnad är signifikant. Föräldrarnas utbildning har ingen signifikant betydelse, men däremot är trångboddhet en viktig faktor. De som bor rymligt (ett rum per person eller mer) äter oftare kvällsmat än de som bor trångt och de som har någon som de känner förtroende att prata med om problem äter oftare kvällsmat.

Även när det gäller motion försvinner de skillnader som vi tidigare observerat mellan de tre grupperna inrikesfödda, utrikesfödda och MILSA-ungdomar. Det kan bero på att de faktorer som kan förklara motion, är mer frekventa bland de inrikesfödda. Som vi såg tidigare motionerar inrikesfödda mer än utrikesfödda och MILSA-ungdomar. De faktorer som samvarierar med sannolikheten att motionera är vänner och föreningsaktivitet och för båda dessa faktorer finns en signifikant skillnad mellan inrikesfödda, utrikesfödda och MILSA-ungdomar. Risk- och skyddsfaktorerna "balanserar ut" de skillnader mellan grupperna som först kunde observeras.

En mörk syn på framtiden slår igenom på alla riskbeteenden. De ungdomar med en mörk syn på framtiden har en ökad sannolikhet med 60 procent att hoppa över frukosten, knappt 70 procent att hoppa över lunch och ca 44 procent att hoppa över kvällsmaten jämfört med de som har en ljus syn på framtiden. Sannolikheten att de inte motionerar är drygt 50 procent jämfört med de som har en ljus syn på framtiden. Även de som säger sig ha "varken eller" har en högre sannolikhet att slarva med maten eller vara inaktiva jämfört med de som har en ljus syn på framtiden.

# Slutsatser och diskussion

Fyra forskningsfrågor ställdes inledningsvis:

- Vilka risk- och skyddsfaktorer samvarierar med riskbeteendena rökning, alkoholkonsumtion, narkotikakonsumtion, dåliga matvanor samt fysisk inaktivitet?
- På vilket sätt skiljer sig nyanländas riskbeteende mot inrikesfödda och utrikesfödda med längre vistelse i landet?
- På vilket sätt skiljer sig nyanländas risk- och skyddsfaktorer mot inrikesfödda och utrikesfödda med längre vistelse i landet?
- På vilket sätt samvarierar framtidstro med riskbeteende?

Ålder är generellt en faktor som ökar sannolikheten att röka, använda alkohol och använda narkotika, och att hoppa över frukosten och motionen. Ålder kan sägas vara en personlig karaktäristik som är en riskfaktor. Kön har betydelse när det gäller narkotikaanvändning, matvanor och motion – kvinnor har större sannolikhet att slarva med måltiderna än män och att inte motionera, men lägre sannolikhet att använda narkotika. Föräldrarnas utbildning samvarierar inte med sannolikheten att röka, använda alkohol och narkotika, men däremot att äta frukost och delvis att äta lunch och att motionera. Generellt kan alltså sägas att föräldrarnas utbildning har en ganska begränsad betydelse.

Riskfaktorerna att bo själv eller med ensam förälder har generellt sett en stor betydelse. De som bor med ensam förälder har ökad sannolikhet till samtliga riskbeteenden. Att bo själv ger endast signifikanta resultat på vissa riskbeteenden, kan möjligen bero på att det är relativt få respondenter som bor själv. För de riskbeteenden där vi har signifikanta resultat, är resultaten förväntade. Att bo själv samvarierar med (vissa) riskbeteenden. Riskfaktorn ”trångboddhet” ger lite blandade resultat. De som bor rymligt har större sannolikhet att använda alkohol, men även att äta frukost och kvällsmat.

Bland det vi kan kalla skyddsfaktorn finns en del blandade resultat vad gäller att ha många vänner. Bland de med många vänner är sannolikheten högre att röka, dricka och använda narkotika, men sannolikheten är även högre att motionera. När det gäller skyddsfaktorn att ha någon att prata med när problem uppkommer finns ett förväntat resultat vad gäller rökning. De som har någon att prata med har lägre sannolikhet att röka och det finns en svag signifikans för lägre sannolikhet att använda narkotika. Det finns även ökad sannolikhet att äta frukost, lunch och middag. Föreningsaktiva har förväntade resultat på rökning, narkotika, matvanor och motion, dvs. föreningsaktivitet minskar sannolikheten för riskbeteende.

Det som är allra mest genomgående är att en mörk syn på framtiden slår igenom på alla riskbeteenden. De ungdomar med en mörk syn på framtiden har en signifikant sannolikhet att röka, använda alkohol, använda narkotika, slarva med alla måltider, samt att inte motionera, jämfört med de som har en ljus syn på framtiden.

Det finns två stora skillnader i riskbeteende mellan nyanlända och (framförallt) inrikesfödda: nyanlända har lägre sannolikhet att dricka alkohol, men högre sannolikhet att slarva med maten och att inte motionera. Dock, när hänsyn tas till riskfaktorerna finns det inga signifikanta skillnader mellan inrikesfödda och nyanlända. Riskfaktorerna balanserar ut denna skillnad.

Generellt när man tittar på risk- och skyddsfaktorerna så har de nyanlända sämre utgångspunkter: de bor oftare själv, de bor trängre, de har färre vänner, de svarar oftare att de inte har någon att prata med om de får problem, de är i lägre utsträckning med i någon förening. Den enda risk- och skyddsfaktor där det inte skiljer mellan nyanlända och inrikesfödda gäller framtidstro. Där finns det ingen signifikant skillnad.

# Referenser

- Affenito, S. G. (2007). Breakfast: A Missed Opportunity. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(4), 565–569. <https://doi-org.proxy.mau.se/10.1016/j.jada.2007.01.011>
- Anjum TM, Nordqvist C, Timpka T (2012). The hopes of West African refugees during resettlement in northern Sweden; a 6 year prospective qualitative study of pathways and agency thoughts. *Conflict and Health* 6:1.
- Andershed, H. & Andershed, A. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen: vad säger forskningen?*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.
- Craigie A.M., Lake A.A., Kelly S.A., Adamson A.J., Mathers J.C. (2011). Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review. *Maturitas*, 70(3), 266–284. <https://doi-org.proxy.mau.se/10.1016/j.maturitas.2011.08.005>
- Dube, S. R., Liu, J., Fan, A. Z., Meltzer, M. I., & Thompson, W. W. (2019). Assessment of age-related differences in smoking status and health-related quality of life (HRQoL): Findings from the 2016 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Journal of Community Psychology*, 47(1), 93–103. <https://doi-org.proxy.mau.se/10.1002/jcop.22101>
- Ekblom-Bak, E., Ekblom, Ö., Andersson, G., Wallin, P. & Ekblom, B. (2018). Physical Education and Leisure-Time Physical Activity in Youth Are Both Important for Adulthood Activity, Physical Performance, and Health. *Journal of Physical Activity and Health*, 15, 661-670 <https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0083>
- Ellickson, P., Tucker, J., & Klein, D. (2003). Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics*, 111(5), 949–955.
- Fridh, M., Grahn, M., Lindström, M., & Modén, B (2016). *Folkhälsorapport Barn och Unga i Skåne 2016 - en undersökning om barn och ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa*. Region Skåne.
- Herting, M.M. & Chu, X. (2017). Exercise, cognition, and the adolescent brain. *Birth Defects Research*. 109, 1672–1679.
- Hingson, R. W., Edwards, E. M., Heeren, T., & Rosenbloom, D. (2009). Age of Drinking Onset and Injuries, Motor Vehicle Crashes, and Physical Fights After Drinking and When Not Drinking. *ALCOHOLISM-CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH*, 33(5), 783–790. <https://doi-org.proxy.mau.se/10.1111/j.1530-0277.2009.00896.x>
- Hingson, R., Heeren, T., & Winter, M. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(7), 739–746.
- Hyland, A., Li, Q., Bauer, J., Giovino, G., Steger, C., & Cummings, K. (2004). Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *NICOTINE & TOBACCO RESEARCH*, 6, 363–369. <https://doi-org.proxy.mau.se/10.1080/14622200412331320761>

- Håkansson, P.G. & Zdravković, S. (2019). Kvantitativa studier bland nyanlända ungdomar och ensamkommande – tillvägagångssätt och utmaningar. MILSA Working Paper Series.
- Janssen, I., & LeBlanc, A.G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, (1), 40. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-40>
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, (3), 543.
- National Institute on Drug Abuse (2019). DrugFacts. [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov).
- Pedersen, T., Meilstrup, C., Holstein B.E., & Rasmussen, M. (2012). Fruit and vegetable intake is associated with frequency of breakfast, lunch and evening meal: cross-sectional study of 11-, 13-, and 15-year-olds. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, (1), 9. <https://doi-org.proxy.mau.se/10.1186/1479-5868-9-9>
- Sjöberg, A., Hallberg, L., Höglund, D. & Hulthén, L. (2003). Meal pattern, food choice, nutrient intake and lifestyle factors in The Göteborg Adolescence Study, *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, pages1569–1578.
- Smith, P. H., Homish, G. G., Leonard, K. E., & Cornelius, J. R. (2012). Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 236-245. doi:<http://dx.doi.org.proxy.mau.se/10.1037/a0024855>
- Socialstyrelsen (2013). *Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Socialstyrelsen
- Statens folkhälsoinstitut (2013). *Barn och unga 2013 – utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Stigendal, Mikael & Östergren, Per-Olof (red.) (2013). *Malmöns väg mot en hållbar framtid: hälsa, välfärd och rättvisa*. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *How Tobacco Smoke Causes Disease. The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A report of the Surgeon General*. Atlanta.
- World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health : final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.

# Bilaga 1

## Variabellista

<b>VARIABEL</b>	<b>TYP</b>	<b>BESKRIVNING</b>
<b>Personlig karaktäristik</b>		
sex		Biologiskt kön 0=män 1=kvinnor
age	diskret	14-20 år
grupp (ursprung)	kategori	1=inrikesfödda (FH) 2=utrikesfödda (FH) 3=MILSA
p_utb	Dummy	Har din pappa universitets- eller högskoleutbildning? 0=nej, vet ej 1=ja
m_utb	Dummy	Har din mamma universitets- eller högskoleutbildning? 0=nej, vet ej 1=ja
<b>Riskfaktorer och skyddsfaktorer</b>		
bor_hos		Hur bor du? Hos båda föräldrarna=1 Hos en eller lika hos båda=2 Hos ingen av föräldrarna=3
rum_pers		Antal rum per pers <0,5 rum/pers = 1 0,5-1 rum/pers = 2 >1 rum/pers = 3
vän	Kategori	Har du just nu någon riktigt nära vän som du kan prata förtroligt med om nästan allt? 1=Har inga nära vänner 2=Har en nära vän 3=Har två nära vänner 4=Har flera nära vänner
prata	Kategori	Om du får problem eller bara skulle vilja prata med någon, hur lätt eller svårt tycker du då det är att vända sig till ... - Föräldrar eller de vuxna du bor hos - Lärare - Personal inom elevhälsan på skolan, t ex skolsköterskan/kuratoren - Annan vuxen i skolan - Annan vuxen utanför skolan - Kamrater - Syskon (om du har några) 0=Mycket svårt, ganska svårt, varken eller 1=Mycket lätt, ganska lätt

		0=ingen att prata med 1=1 att prata med etc.
prata_dik	dummy	0=ingen att prata med 1=någon eller flera att prata med
för		Har du under de senaste 12 månaderna varit med i någon förening, klubb eller organisation? 1 = Ja 0 = Nej
framtid		Hur ser du på framtiden för din personliga del? 1=mycket ljust, ganska ljust 2=varken eller 3=ganska mörkt, mycket mörkt
<b>Riskbeteende</b>		
smoke		Röker du cigaretter? 0=Nej, jag har aldrig rökt; Nej, men jag har provat; Nej, jag har rökt men slutat 1=Ja, varje dag; Ja, nästan varje dag; Ja, när jag är på fest; Ja, ibland
alk		Har du någon gång under de senaste 12 månaderna druckit alkohol? 0 = Nej, 1 gång, 2-4 gånger 1 = 5-10 gånger, mer än 10 gånger
ung_alk		Ung: <17 Alkoholintag 0 = Nej, 1 gång, 2-4 gånger 1 = 5-10 gånger, mer än 10 gånger
nark		Har du någon gång använt narkotika? Nej=0 Ja=1
frukost		Hur ofta äter frukost under en vanlig vecka? 0=1-3 dagar, sällan/aldrig 1=4-6 dagar, varje dag
lunch		Hur ofta äter lagad lunch under en vanlig vecka? 0=1-3 dagar, sällan/aldrig 1=4-6 dagar, varje dag
kvällsmat		Hur ofta äter lagad mat på kvällen under en vanlig vecka? 0=1-3 dagar, sällan/aldrig 1=4-6 dagar, varje dag
motion		Brukar du idrotta eller röra på dig på din fritid så att du blir andfådd eller svettig? 0=Nej (Sällan eller aldrig) 1=Ja (varje dag, 4-6 dagar i veckan, 1-3 dagar i veckan)

# Riskbeteende och framtidstro bland nyanlända barn och ungdomar i Skåne

Vi vet sedan länge att det finns beteenden som påverkar individens hälsa på lång sikt. Bland dessa brukar rökning, alkoholbruk, narkotikaanvändning, fysisk inaktivitet samt dåliga matvanor räknas. Vi vet även sedan tidigare att det finns faktorer som kan öka eller minska sannolikheten att hamna i ett sådant beteende. Vad vi däremot har ganska lite kunskap om är huruvida ungdomars traumatiska upplevelser som en flykt innebär, ökar sannolikheten att hamna i ett riskbeteende, samt hur dessa nyanlända ungdomar står rustade med risk- och skyddsfaktorer.

Resultaten i denna studie visar att de nyanlända ungdomarna använder mindre alkohol än inrikes- och utrikesfödda ungdomar, men har sämre matvanor och motionerar i betydligt lägre omfattning. När det gäller rökning och narkotika finns inga signifikanta skillnader. När det gäller risk- och skyddsfaktorer är de nyanlända ungdomarna sämre rustade. De bor oftare utan föräldrar, de bor trängre, de har färre vänner att anförtro sig till, de finner oftare det svårt att vända sig till en vuxen med sina problem och de har mer sällan varit med i någon förening. Däremot ser de lika ljust på framtiden som de inrikesfödda och utrikesfödda ungdomarna.

**Peter Gladoić Håkansson** är docent i ekonomisk-historia och verksam vid Institutionen för urbana studier och Institutionen för samhälle, kultur och identitet, Malmö universitet.